

Universität Zürich
Institut für Rechtsmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. W. Bär

Verkehrsmedizin und Klinische Forensik
Leiterin: Frau Dr. med. M. Haag-Dawoud

Arbeit unter Leitung von Frau Dr. med. M. Haag-Dawoud

Standards zur Fahreignungsbeurteilung bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Hans Hermann Schaumann
von Deutschland

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. W. Bär

Zürich 2008

1 Zusammenfassung	3
2 Ziele der Arbeit.....	5
3 Einleitung und rechtlich Grundlagen.....	6
4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.....	8
4.1 Historisches	8
4.2 Epidemiologie.....	9
4.3 Ätiologie	9
4.4 Nosologie.....	9
4.5 Therapie	10
5 Schizophrenie und Fahreignung	11
5.1. Zuweisung zur verkehrsmedizinischen Untersuchung.....	11
5.2 Fallbeispiele.....	11
5.3 Verkehrsmedizinische Untersuchung	12
5.3.1 Aktenstudium.....	12
5.3.2 Untersuchungsaufgebot	13
5.3.3 Anamnese	13
5.3.4 Körperliche Untersuchung.....	13
5.3.5 Urin-Drogenscreening	13
5.3.6 Laborchemische Blutanalyse.....	14
5.3.7 Medizinische Fremdauskünfte.....	14
5.3.8 Das Fahreignungs-Gutachten	14
5.3.9 Auflagen	15
5.4 Aktuelle Richtlinien.....	16
6 Material und Methoden	17
7 Ergebnisse.....	18
7.1 Stichprobe.....	18
7.2 Angeordnetes Procedere insgesamt.....	20
7.3 Alter und Geschlecht	21
7.4 Zuweisungsgründe.....	23
7.4.1 Auffälligkeit im Straßenverkehr	23
7.4.2 Andere Zuweisungsgründe.....	24
7.5 Kriterium Drogenkonsum.....	25
7.6 Kriterium Alkoholkonsum.....	25
7.7 Kriterium Behandlungsform.....	25
7.8 Verkehrspsychologische Zusatzuntersuchung.....	26
8 Diskussion	28
9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	33
10 Ausblick.....	35
11 Literaturverzeichnis	36
12 Curriculum vitae	38

1 Zusammenfassung

Die Frage der Fahreignungsbegutachtung von Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellt für den Gutachter eine hohe Anforderung dar.

Einerseits wird von Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden zu Recht darauf hingewiesen, dass der Führerausweis von besonderer Notwendigkeit zur angestrebten und gewünschten (Re-)Integration ins gesellschaftliche Leben ist. Andererseits entspricht es den gesellschaftlichen Zeitgeist und politischen Wunsch nach Möglichkeit jedes Gefahrenpotential, gerade im Straßenverkehr, zu eliminieren. Verschärft wird dieses Spannungsfeld durch die stete Zunahme des motorisierten Individualverkehrs insgesamt.

Vor diesem Hintergrund und dem stetig wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnisstand über Behandlung und Verlauf solcher Erkrankungen erschien es sinnvoll Leitlinien zur Fahreignungsbegutachtung von bei dieser Form der psychischen Störung zu erstellen. Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ergibt sich dabei als zusätzliche Besonderheit, dass sie, in den meisten Fällen, erst im Altersbereich von über 25 Jahren auftritt und deshalb viele der Betroffenen bereits über eine jahrelange Fahrpraxis verfügen.

Ziel dieser Arbeit war es somit, die bisherige Begutachtungspraxis von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu evaluieren und sinnvolle Anpassungen unter Berücksichtigung der aktuellen Behandlungsstandards und den wissenschaftlichen Erkenntnissen vorzunehmen. Nach Möglichkeit sollten Kriterien definiert werden welche ein standardisiertes Vorgehen bei der verkehrsmedizinischen Untersuchung und der Beurteilung der Fahreignung ermöglichen.

Es wurden insgesamt 158 Fälle von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, bei denen in den Jahren 2002 bis 2006 am Institut für Rechtsmedizin Zürich (Abteilung Verkehrsmedizin & Klinische Forensik) eine verkehrsmedizinische Fahreignungsabklärung durchgeführt wurde, aufgearbeitet. Dabei wurden nur Fälle berücksichtigt, bei denen im Vorfeld keine zusätzliche verkehrsrelevante Problematik (z.B. Alkohol- und Drogenkonsum oder somatische Erkrankungen) bekannt war.

Die überwiegende Mehrheit der untersuchten Personen war männlich, und hauptsächlich im Alter zwischen 31 und 50 Jahren. Es stellte sich heraus, dass nur 40 Prozent der Untersuchten im Zeitraum der letzten fünf Jahre vor Untersuchung eine Auffälligkeit im Straßenverkehr, welche im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung bestand, aufwiesen. Bei allen anderen erfolgte die Anordnung der Fahreignungsabklärung aufgrund von anderen polizeilich rapportierten Ereignissen (11%) oder nach Drittmeldung durch behandelnde Ärzte oder Kliniken (17%). Überraschender Weise wurden die übrigen Untersuchungen (31%) auf Ersuch der Probanden selbst, welche eine Neu- oder Wiederbeurteilung anstrebten, durchgeführt.

Von den Untersuchten stand der Grossteil von ca. 70% zum Zeitpunkt der Untersuchung in ambulanter Behandlung, weitere 10% befanden sich in stationärer Behandlung und die restlichen 20% waren ohne eine entsprechende Behandlung.

Im Hinblick auf die Gesamtbeurteilung ergab sich, dass in zwei Dritteln aller Begutachtungen die Fahreignung nicht befürwortet werden konnte. Es konnten dabei verschiedene Faktoren herausgearbeitet werden welche mit Sicherheit zu einer negativen Gesamtbeurteilung führten. Hierbei ist als erstes das Vorliegen einer akuten Symptomatik bzw. eine erst seit kurzer Zeit bestehende Symptommfreiheit. Als weiterer eindeutiger Faktor ergab sich der Nachweis eines

Alkoholüber- oder Drogenkonsums. Ebenfalls in allen Fällen bei denen keine Therapie trotz diagnostizierter und bekannter Erkrankung bestand erfolgt eine negative Gesamtbeurteilung. Diese Faktoren sind zwar bereits Inhalt der bestehenden Empfehlungen (Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der SGRM), aber es wurde deutlich, dass die Umsetzung und Anwendung dieser nicht einheitlich und nach objektivierbaren Merkmalen erfolgt. Diese Problematik wurde im Besonderen bei der Analyse der zusätzlichen kognitiven Leistungstestung deutlich. Unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Forschung wird deutlich, dass kognitive Defizite trotz regelrechter und erfolgreicher Behandlungen auftreten können. Dieses Erkenntnis kann mit den Untersuchungsergebnissen bestätigt werden: So zeigten immerhin fast 60% der Probanden welche die oben aufgeführten Faktoren (*Symptomfreiheit > 6 Monate, Compliance in der Behandlung, Ausschluss Alkohol/Drogen*) erfüllten kognitive Defizite in verkehrsrelevantem Ausmaß, was eine negative Beurteilung der Fahreignung zur Folge hatte.

Gleichzeitig konnte aufgezeigt werden, dass die Anordnung einer kognitiven Leistungstestung häufig gar nicht oder Gegenteiligerweise bei ungenügenden und nicht sinnvollen Voraussetzungen (akute Symptomatik) erfolgte.

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden nun standardisierte Kriterien und Abläufe zur Fahreignungsbegutachtung von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis formuliert.

Durch eine Kombination von psychopathologischen Untersuchungsbefund, ausführlicher Anamnese, Einbeziehung aller vorhandenen Fremdauskünfte von aktuellen und früher behandelnden Stellen und zusätzlicher Labordiagnostik sollte zunächst eine Überprüfung der *Basiskriterien* erfolgen.

Falls diese Basiskriterien nachgewiesener Massen komplett erfüllt sind sollte dann in allen Fällen eine Testung der kognitiven Hirnleistung nach verkehrsrelevanten Gesichtspunkten erfolgen. Wenn die Basiskriterien hingegen nicht erfüllt werden sollten keine zusätzlichen Abklärungen erfolgen und zunächst dem Probanden empfohlen werden durch entsprechende Maßnahmen oder Verhaltensanpassungen die Erfüllung der Basiskriterien zu erreichen.

Mit dieser klaren und einheitlichen Vorgehensweise kann die Qualität der verkehrsmedizinischen Begutachtung, unter Einsatz von bereits vorhandenen Mitteln, maßgeblich und nachhaltig verbessert werden. Gleichzeitig bietet sie aber auch den Probanden, Angehörigen und behandelnden Ärzten einen eindeutigen Leitfaden zur Einschätzung der Fahreignung. Es ergibt sich leichter die Möglichkeit durch entsprechende Maßnahmen und Wegleitungen unnötige und frustrane Begutachtungen zu vermeiden.

Nicht zuletzt vereinfacht diese Vorgehensweise auch die Arbeit der involvierten Behörden, welche nun Ablauf, Kosten und Aufwand der Begutachtung besser einschätzen und kommunizieren können.

2 Ziele der Arbeit

Am Institut für Rechtsmedizin Zürich (IRMZ), Abteilung für Verkehrsmedizin und Klinische Forensik, wird im Rahmen von verkehrsmedizinischen Begutachtungen die Fahreignung von Menschen mit psychischen Störungen untersucht und beurteilt.

Der Gutachter steht dabei in einem erheblichen Spannungsfeld zwischen den Wünschen und Forderungen von Probanden, Angehörigen, Arbeitgebern und nicht zuletzt behandelnden Ärzten/Therapeuten einerseits sowie andererseits den Anforderungen der beauftragenden Behörden und gesetzlichen Vorgaben.

Im Gegensatz zu, zum Beispiel Drogen- und Alkoholproblematiken kann nicht auf eine unterstützende und beweiskräftige Labordiagnostik zurückgegriffen werden. Dies führt häufig zu rechtlichen Streitigkeiten mit Rekursen sowie Zweit- oder Oberbegutachtungen.

Aufgrund der sehr heterogen Erscheinungsformen von psychischen Störungen wurden im Rahmen dieser Arbeit nur Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10: F2) berücksichtigt.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Fahreignungsbegutachtungen der Jahre 2002 bis 2006 im Hinblick auf die Kriterien zur positiven oder negativen Beurteilung analysiert. Es galt Probleme und Mängel in der bestehenden Beurteilungspraxis aufzudecken und eine systematische und standardisierte Vorgehensweise für die Zukunft zu entwickeln.

Diese Ansprüche sollen somit einerseits den zunehmenden Anforderungen für die Teilnahme am motorisierten Individualverkehr, andererseits den Fortschritten in der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis genüge tragen.

Weiterhin ergibt sich aus einer vereinheitlichten Begutachtungspraxis die verbesserte Möglichkeit zu weiteren Evaluationen und Anpassungen in der Zukunft.

Ziele der Arbeit:

- Analyse der bisherigen Beurteilungspraxis
- Ausarbeitung von Standards zur Fahreignungsbeurteilung für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis:
- Standardisiertes Vorgehen in der Befunderhebung.
- Erstellung eines *Algorithmus* mit Kriterien zur Befürwortung bzw. Ablehnung der Fahreignung.
- Festsetzung der notwendigen flankierenden Maßnahmen (Auflagen) bei Befürwortung der Fahreignung.
- Festlegung eventuell notwendiger Kontrollen.

3 Einleitung und rechtlich Grundlagen

Die Teilnahme am motorisierten Individualverkehr stellt aufgrund seiner stetig zunehmenden Komplexität eine hohe Anforderung an die teilnehmenden Personen dar. Diese Anforderungen stellen selbst für körperlich und geistig gesunde Personen eine hohe Belastung dar. Verschärft wird diese Situation noch durch die gestiegenen Mobilitätsanforderungen und Mobilitätsbedürfnisse in unserer Gesellschaft. Die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben ist häufig unabdingbar an den Besitz eines Führerausweises geknüpft [16]. Da gerade auch beim Vorliegen von psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die (Re-)Integration ins Gesellschafts- und Berufsleben ein wesentlicher Bestandteil der heutigen multimodalen Therapieansätze ist, stellt sich die Frage unter welchen Voraussetzungen solche Personen selbständig am motorisiertem Straßenverkehr teilnehmen können.

Die rechtlichen Grundlagen bezüglich der Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr werden in der Schweiz im Straßenverkehrsgesetz (SVG) [4] sowie in der Verkehrsregelverordnung (VRV) [5] respektive der Verkehrszulassungsverordnung (VZV) [6] geregelt.

Art. 14 SVG – Erteilung von Lernfahr- und Führerausweisen

2. Lernfahr- und Führerausweise dürfen nicht erteilt werden, wenn der Bewerber

- a. das vom Bundesrat festgesetzte Mindestalter noch nicht erreicht hat;*
- b. nicht über eine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, die zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen ausreicht;*
- c. an einer die Fahreignung ausschließenden Sucht leidet;*
- d. nach seinem bisherigen Verhalten nicht Gewähr bietet, dass er als Motorfahrzeugführer die Vorschriften beachten und auf die Mitmenschen Rücksicht nehmen würde.*

Art. 14 SVG – Melderecht des Arztes

4. Jeder Arzt kann Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden

Art. 16 SVG – Entzug der Ausweise

1. Ausweise und Bewilligungen sind zu entziehen, wenn festgestellt wird, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Erteilung nicht oder nicht mehr bestehen; sie können entzogen werden, wenn die mit der Erteilung im Einzelfall verbundenen Beschränkungen oder Auflagen missachtet werden.

Art. 17 SVG – Wiedererteilung der Führerausweise

3. Der auf unbestimmte Zeit entzogene Lernfahr- oder Führerausweis kann bedingt und unter Auflagen wieder erteilt werden, wenn eine allfällige gesetzliche oder verfügte Sperrfrist abgelaufen ist und die betroffene Person die Behebung des Mangels nachweist, der die Fahreignung ausgeschlossen hat.

Medizinische Mindestanforderungen gemäss VZV

3. Gruppe (Führerausweis-Kategorien A, A1, B, B1, F, G, M):

Keine schweren Nervenkrankheiten. Keine Geisteskrankheiten von Bedeutung. Kein Schwachsinn. Keine Psychopathien. Keine periodischen Bewusstseinsstörungen oder –verluste. Keine Gleichgewichtsstörungen.

1. Gruppe (Führerausweis-Kategorie D) und

2. Gruppe (Führerausweis-Kategorien C, C1, D1, berufsmäßiger Personentransport):

Keine Geisteskrankheiten. Keine Nervenkrankheiten mit dauernder Behinderung. Kein Schwachsinn. Keine Psychopathien. Keine periodischen Bewusstseinsstörungen oder –verluste. Keine Gleichgewichtsstörungen

In der praktischen Anwendung dieser Vorgaben zeigen sich zwei unterschiedliche Ausgangspositionen welche eine Fahreignungsabklärung begründen[7].

Ereignisse im Straßenverkehr	Unabhängig von Straßenverkehr vorhandene Faktoren
Alle Ereignisse im Straßenverkehr, bei denen eine psychische Erkrankung geltend gemacht wurde oder bei denen entsprechende Symptome festgestellt wurden (Wahnvorstellungen, Halluzinationen etc.)	Jede ärztliche oder polizeiliche Meldung über das Vorliegen einer/eines verkehrsrelevanten psychischen Erkrankung oder Zustandes

Des Weiteren kann jede Person sich selbst zu einer Untersuchung anmelden. Dies geschieht bei Führerausweis-Bewerbern die eine bekannte Erkrankung angeben und Personen die bereits verkehrsmedizinisch begutachtet wurden und bei denen die Fahreignung als nicht gegeben beurteilt wurde. Es ist somit möglich, dass eine Person sich wiederholt zur Untersuchung anmeldet, was zwar selten aber, meist in problematischen Fällen auftritt.

4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.

4.1 Historisches

Dem heute international gültigen Schizophreniebegriff liegen die Arbeiten von Emil Kraepelin und Eugen Bleuler zum Ende des 19. Jahrhunderts bzw. beginnenden 20. Jahrhunderts zu Grunde, wobei der Begriff Schizophrenie erstmals von Bleuler im Jahre 1907 eingeführt wurde.

Bleuler[10] benannte dabei Grundsymptome (die vier großen „A“) und zusätzliche akzessorische Symptome einer Schizophrenie.

Grundsymptome:

- Assoziation (Störung des Gedankenganges)
- Affekt (Affektverflachung, Parathymie)
- Ambivalenz (im Fühlen, Handeln, Wollen)
- Autismus (Lösung von der Wirklichkeit)

Akzessorische Symptome:

- Wahn
- Halluzination
- Alle anderen Symptome

Im Jahre 1938 entwickelte Kurt Schneider[11] eine Zusammenstellung von *Symptomen ersten und zweiten Ranges* zur Diagnose einer Schizophrenie.

Symptome ersten Ranges:

- Dialogische Stimmen, Kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden
- Leibliche Beeinflussungserlebnisse
- Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung
- Wahnwahrnehmung

Symptome zweiten Ranges:

- Sonstige akustische Halluzinationen
- Optische-, Olfaktorische-, Gustatorischehalluzinationen
- Wahneinfall, Wahngedanken

Die heute gültigen Diagnosekriterien nach ICD 10 Kapitel F2 stellen eine Mischung aus diesen Ergebnissen dar. Wobei von Kraepelin Abgrenzung gegenüber den affektiven Störungen und das Zeitdauerkriterium übernommen wurden. Von Bleuler wurde die Bedeutung der Grundsymptome im Hinblick auf den Verlauf übernommen und von Schneider die wesentliche Bedeutung der Symptome des ersten Ranges für eine sichere Diagnosestellung.

4.2 Epidemiologie

Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen wobei der Manifestationsgipfel der Erkrankung bei Männern um das 25. Lebensjahr und bei Frauen um das 28. Lebensjahr liegt. Es besteht eine interkulturelle Lebenszeitprävalenz von 0,5 bis 1%. Die Punktprävalenz liegt bei 0,2 bis 0,4 %[12,13].

4.3 Ätiologie

Zur Entstehung einer Schizophrenie gibt es keine einheitliche Hypothese es wird von einer komplexen, multifaktoriellen Ursache ausgegangen. Als gesichert gelten folgende dabei beteiligte Faktoren[12,13]:

- Genetische Faktoren - Zwillingsforschung
- Neurobiologische Faktoren - Dopaminhypothese
- Psychosoziale Faktoren – „Life-Event“

4.4 Nosologie

Gemäß der aktuell gültigen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen[7] werden die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Abschnitt F2 zusammengefasst.

Die Gruppe der Schizophrenien wird dabei unter der Kategorie F20 in ihre klinischen Subtypen aufgeteilt:

- F20.0 paranoide Schizophrenie
- F20.1 hebephrene Schizophrenie
- F20.2 katatone Schizophrenie
- F20.3 undifferenzierte Schizophrenie
- F20.4 postschizophrene Depression
- F20.5 schizophrenes Residuum
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 sonstige Schizophrenien
- F20.9 nicht näher bezeichnete Schizophrenie

Weiter werden folgende Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kategorisiert:

- F21 – schizotype Störung
- F22 – anhaltende wahnhafte Störung
- F23 – akute vorübergehende psychotische Störung
- F24 – induzierte wahnhafte Störung

F25 – schizoaffective Störung
F28 – sonstige nichtorganische psychotische Störung
F29 – nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

4.5 Therapie

Die Therapie einer Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beginnt für gewöhnlich in der akuten Phase, obschon in vielen Fällen zuvor eine Prodromalphase mit überwiegender Negativsymptomatik auftritt.

Diese Negativsymptomatik zeigt sich unter anderem in Form von:

- Konzentrations-, Denk- und Gedächtnisstörungen
- Erhöhte körperliche und geistige Erschöpfbarkeit
- Passivität und Antriebsmangel
- Affektverflachung
- Intoleranz gegen Stress
- Schlafstörungen

In der akuten Phase der Erkrankung zeigt sich hingegen die so genannte Positivsymptomatik welche den oben aufgeführten Symptomen 1. und 2. Ranges entspricht.

In der akuten Phase steht in fast allen Fällen die Pharmakotherapie im Vordergrund dabei werden vorrangig moderne atypische Antipsychotika, welche durch eine Beeinflussung des Neurotransmitterstoffwechsel wirken, eingesetzt.

Zusätzlich kommen ergänzend Angst lösende Medikamente zum Einsatz [14,15].

In der weiteren Folge, der meist stationären Behandlung, wird dann mit zusätzlicher Psycho- und Soziotherapie versucht eine allgemeine Stabilisierung des Verhalten und Erleben sowie der sozialen Situation zu erreichen. Durch entsprechende Maßnahmen soll dabei die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Rezidivs verhindert werden.

In der weiterführenden ambulanten Behandlung kommt dann der Behandlungsbereitschaft (Compliance) im Hinblick auf die Fortführung der im klinischen Rahmen begonnenen Behandlung eine vorrangige Bedeutung zu [21,22].

5 Schizophrenie und Fahreignung

5.1. Zuweisung zur verkehrsmedizinischen Untersuchung

Im Leitfaden der Expertengruppe für Verkehrssicherheit des Bundesamtes für Strassen [7] wird den zuständigen Administrativbehörden empfohlen, wann eine verkehrsmedizinische Abklärung der Fahreignung¹ angezeigt ist

Mit der Abklärung bei Verdacht auf eine fehlende Fahreignung sind Amts- oder Vertrauensärzte der Administrativbehörde bzw. verkehrsmedizinisch tätige Rechtsmediziner zu beauftragen. Aufgrund möglicher Interessenskonflikte sind keine betreuenden Personen (Arzt) oder Institutionen mit der Abklärung zu beauftragen.

Die Verfügung zur Fahreignungsbegutachtung wird der zu begutachtenden Person von der zuständigen Straßenverkehrs-Administrativbehörde zugestellt. Wenn ernsthafte Bedenken an der Fahreignung bestehen, wird der Führerausweis gemäß Art. 30 VZV vorsorglich entzogen [6]. Ein vorsorglicher Entzug bleibt bestehen, bis die Fahreignungs-Abklärung abgeschlossen ist.

Falls sich der Verdacht der Nichteignung bestätigt, wird ein Führerausweis-Sicherungsentzug verfügt. Dieser ist zeitlich unbefristet und wird ausgesprochen bei körperlicher, geistiger oder charakterlicher Nichteignung und gilt solange, wie der Ausschlussgrund vorhanden, resp. nicht beseitigt ist.

5.2 Fallbeispiele

Anhand einiger Fallbeispiele wird die Notwendigkeit von verkehrsmedizinischen Begutachtungen der Fahreignung deutlich und zeigt gleichzeitig, dass es durch das Führen eines Motorfahrzeuges ein erhebliches fremd- und selbstgefährdungs Potential gegeben ist.

Aus einem Polizeirapport vom April geht hervor, dass Frau X (51 Jahre) im Rahmen ihrer Erkrankung erneut im Straßenverkehr auffällig wurde. Sie gefährdete am 26 April mehrmals Drittpersonen, in dem sie versuchte, diese anzufahren. Nachdem eine ausgerückte Polizeipatrouille Frau X an ihren Wohnort begleitet hatte und sie unbeobachtet zurückließ, begab sich Frau X erneut an den gleichen Ort und fiel durch eine äußerst gefährliche Fahrweise auf.

¹ Fahreignung: Allgemeine, zeitlich nicht umschriebene und nicht ereignisbezogene psychische und physische genügende Voraussetzung des Individuums zum sicheren Lenken eines Motorfahrzeuges im Strassenverkehr. Diese Voraussetzungen müssen stabil vorliegen. Sie sind die allgemeine Basis zum Führen eines Fahrzeugs im Strassenverkehr (SVG Art. 14 Abs. 2 Bst. b – d)

Die Polizei hatte sie schon tags zuvor durch einen Notfallpsychiater untersuchen lassen, der sich jedoch gegen eine psychiatrische Einweisung entschieden hatte.

Am 27 April lenkte Frau X ihren Personenwagen fortwährend auf der linken Spur (Gegenfahrbahn), sodass entgegenkommende Fahrzeuglenker nur mit entsprechenden Ausweichmanövern eine Frontalkollision vermeiden konnten. Von Dr. L wurde sie anschließend in die psychiatrische Klinik eingewiesen.

Wie aus den Unterlagen der Kantonspolizei Zürich hervorgeht, fuhr Herr X (33 Jahre) am 19 November mit seinem Personenwagen, in suizidaler Absicht, gegen einen Baum. Als Grund gab er an seit mehreren Jahren Stimmen gehört zu haben. Da er angeschnallt gewesen sei, sei ihm nicht viel passiert. Das Auto habe einen Totalschaden. Anschließend sei er per Autostopp und Bahn in die psychiatrische Klinik gefahren. Die Stimmen seien vor circa fünf Jahren plötzlich aufgetreten und hätten angst und Verwirrung bei ihm ausgelöst, da die Stimmen vornehmlich gesagt hätten, dass sie ihn umbringen werden. Eine monatliche psychiatrische Behandlung bestehe seit fünf Jahren mit Dauermedikation von 150 mg Leponex und 10 mg Stilnox

Am 14 Oktober fuhr Herr X (23 Jahre) in einer Amokfahrt mit seinem Personenwagen gegen das Hauptportal des Kloster Y. Herr X hatte die Absicht mit 2 Eisenstangen Gemälde und Statuen zu zerstören. Vom Parkplatz gegenüber dem Kloster nahm er Anlauf und fuhr über den bevölkerten Klosterplatz. Nach erneuter Beschleunigung prallte er schließlich in das geschlossene Hauptportal der Klosterkirche. Da die Tür dem Aufprall standhielt, gelang es ihm nicht, in die Kirche zu fahren.

Herr X (76 Jahre) meldete sich bei der Kantonspolizei Zürich, weil sein Telfon abgehört, sein DVD-Recorder mit Parapsychologie zerstört und er auf der Autobahn verfolgt wird. Seine Fahrpraxis sei bisher unbelastet und es sei geplant ihn zum Geheimagenten auszubilden. Auf der Autobahn sei er schon mehrfach von der Polizei oder Jugoslawen verfolgt worden und nur aufgrund seiner hohen Fahrkünste habe er sich aus solchen Situationen befreien können. Einen Hausarzt habe er nicht, insgesamt fühle er sich gesund und war seit 20 Jahren nicht bei einem Arzt.

5.3 Verkehrsmedizinische Untersuchung

5.3.1 Aktenstudium

Im Rahmen der Zuweisung zur verkehrsmedizinischen Untersuchung am Institut für Rechtsmedizin Zürich werden von der Administrativbehörde jeweils die Akten der zu begutachtenden Person und damit auch der Polizeirapport betreffend einer allfälligen Verkehrsauffälligkeit, oder betreffend psychischem Befinden zugestellt. In den Akten befinden sich auch, wenn vorhanden, chemisch-toxikologische Untersuchungsberichte über die Blut- bzw. Urinalysen im Zusammenhang mit dem zur Diskussion stehenden Ereignis.

Im Rahmen des Aktenstudiums werden vor allem die in den polizeilichen Rapporten und Einvernahmen beschriebenen Angaben über das Verhalten des Exploranden berücksichtigt.

Zudem wird das Protokoll einer eventuell durchgeführten ärztlichen Untersuchung (meist Notfallpsychiater) einerseits nach den Untersuchungsbefunden durchgesehen, anderseits wird auch auf Angaben über einen allfälligen Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamenten-Konsum geachtet.

5.3.2 Untersuchungsaufgebot

Am Institut für Rechtsmedizin Zürich werden die Exploranden grundsätzlich schriftlich zur Untersuchung aufgeboten. Wenn es sich um eine Untersuchung im Zusammenhang mit einer psychischen Symptomatik handelt, wird das Aufgebot so versandt, dass der Explorand dieses in der Regel 2 Wochen vor der Untersuchung erhält.

5.3.3 Anamnese

Im Rahmen der Anamnese wird spezifisch bezüglich einer psychischen Störung exploriert. Die Befunderhebung erfolgt gemäss den Richtlinien der AMDP [10]. Ist eine psychische Störung bereits bekannt und diagnostiziert liegt ein zusätzlicher Schwerpunkt in der Anamnese von bisherigem Verlauf und Behandlung dieser.

Von besonderer Bedeutung sind dabei die Behandlungsbereitschaft (Compliance) und das Verhalten im Strassenverkehr bei psychischen Symptomen.

Daneben wird auch nach eventuellen Begleiterkrankungen und der Einnahme von Medikamenten gefragt, zudem auch nach den sozialen Umständen (Familie, Beruf, Hobbies).

Wichtig ist zudem erfragen, inwieweit sich der Explorand schon Gedanken über seine Zukunft (in Bezug auf Strassenverkehr) gemacht hat.

Aus den zur Verfügung gestellten Akten sowie den anamnestischen Angaben des Exploranden ergeben sich dann die weiteren Untersuchungsschritte.

5.3.4 Körperliche Untersuchung

In der Regel wird im Rahmen jeder verkehrsmedizinischen Fahreignungsbegutachtung eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Dabei werden neben der routinemässig durchgeführten Untersuchung des Herz/Kreislaufs, der Atmungsorgane, der kursorischen neurologischen Prüfung sowie der Augenuntersuchung darauf geachtet, ob Anzeichen eines regelmässigen Substanzmittelkonsums bestehen.

Bei psychischen Störungen und bei offensichtlicher körperlicher Gesundheit wird bisweilen auf die körperliche Untersuchung verzichtet.

5.3.5 Urin-Drogenscreening

Ein Urinscreening (auf gängige Drogen und psychotrope Medikamente) wird immer dann durchgeführt, wenn im Rahmen der Anamneseerhebung über einen aktuellen oder auch früheren Drogenkonsum berichtet wird, oder wenn sich anlässlich der Untersuchung Anzeichen bzw. Hinweise für einen Drogenkonsum ergeben.

Das Urinscreening wird wenn möglich immer unter Sicht durchgeführt, in der Regel wird zudem die Temperatur des Urins gemessen, vor allem auch um mögliche Verdünnungen bzw. das Beibringen von Fremdurin zu erkennen.

Am Institut für Rechtsmedizin Zürich wird ein gängiger, auf immunologischer Basis reagierender Urin-Drogen-Schnelltest verwendet, womit zumindest die Substanzen Methadon, Benzodiazepine, Kokain, Amphetamin, Metamphetamin, THC, Opiate und Barbiturate getestet werden. Bei unklaren bzw. widersprüchlichen Testbefunden wird der Urin zusätzlich mittels GC-MS (Gaschromatographie-Massenspektrometrie) im Sinne einer Bestätigungsanalyse untersucht. Weitere, sich aus einem positiven Urinscreening ergebende Untersuchungen sind z. B. Serum-Blutspiegelbestimmungen (Benzodiazepine), Haaranalysen (auf Kokain, Opiate, Methadon, Amphetamine, Metamphetamin) oder eine THC-Serumanalyse.

5.3.6 Laborchemische Blutanalyse

Die Blutanalyse wird nicht routinemässig durchgeführt kann aber neben der Kontrolle allgemeiner Blutparameter auf die Bestimmung von Medikamentenspiegeln ausgeweitet werden, falls solche schon längere Zeit nicht durchgeführt wurden oder der Verdacht besteht, dass Medikamente nicht wie angeordnet eingenommen werden.

5.3.7 Medizinische Fremdauskünfte

Im Rahmen der Fahreignungsbegutachtung werden in der Regel auch Fremdb Berichte von – falls vorhanden - behandelnden Ärzten, Therapeuten oder medizinisch-therapeutischen Institutionen eingeholt, dies jedoch nur bei entsprechend vorliegender, vom Exploranden unterzeichneten Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht (Art. 321 StGB).

Das Einholen von Fremdbberichten ist vor allem bei psychischen Störungen nahezu unabdingbar. Die Behandlung erfolgt meist nicht nur durch einen Arzt sondern durch ein Netz von Ärzten, Kliniken und Institutionen.

Durch solche Auskünfte können die Angaben der Exploranden überprüft werden. Es können aber auch Aussagen zur Entwicklung und zum Verlauf einer psychischen Störung getroffen werden. Nicht zuletzt kann die prognostische Einschätzung der behandelnden Personen berücksichtigt werden. Es sollte angestrebt werden sämtliche involvierten Personen zu befragen um ein ausgewogenes Bild zu erhalten.

5.3.8 Das Fahreignungs-Gutachten

Die im Rahmen der Untersuchung, durch die eingeholten Fremdauskünfte sowie bei der Labor-Analytik erhobenen Befunde, Feststellungen und Resultate werden in einer schriftlichen Fahreignungsbeurteilung festgehalten, welche – je nach entsprechendem Auftrag – in umfassend ausführlicher Gutachtensform, bei einer Kontrolluntersuchung aber auch lediglich als Beurteilung auf einem Standard-Formular erfolgt.

Abschliessend wird die Fahreignung des Exploranden aber immer dahingehend beurteilt, ob die Fahreignung befürwortet werden kann, oder ob diese abgelehnt werden muss. Falls die Fahreignung abgelehnt wird, werden die Kriterien, die erfüllt werden müssen aufgelistet und es wird vermerkt, für wie lange die Fahreignung abgelehnt wird bzw. nach welcher Zeit der Explorand frühestens einen medizinischen Bericht bzw. ärztliche Zeugnisse über die Erfüllung der geforderten Bedingungen einreichen kann.

Wird die Fahreignung befürwortet, erfolgt dies in aller Regel im Zusammenhang mit Auflagen gemäss VZV Art. 24d [6].

5.3.9 Auflagen

Es gibt verschiedene problembezogene Auflagen, die verfügt werden können, wobei auch mehrere Auflagen gleichzeitig empfohlen werden können.

Bei psychischen Störungen wird in aller Regel eine der folgenden Auflagen gestellt:

- Regelmässige Kontrolle und Behandlung der psychischen Erkrankung nach Ermessen des behandelnden Arztes und striktes Befolgen der ärztlichen Weisungen.

- Regelmässige Kontrolle und allfällige Behandlung der psychischen Erkrankung, bei einer Verschlechterung des Zustandes ist sofort der Arzt oder die Ärztin aufzusuchen und auf das Führen eines Fahrzeuges zu verzichten.

Eine solche Auflage kann bei Notwendigkeit einer speziellen Symptomatik angepasst werden und zum Beispiel die regelmässige Bestimmung von Medikamentenspiegeln beinhalten.

Ebenso sind spezielle Vereinbarungen mit dem behandelnden Arzt möglich:

- Mit Einverständnis des Probanden und des behandelnden Psychiaters, verpflichtet sich der Arzt bei einer Verschlechterung des psychischen Zustandes von Artikel 14 SVG (Melderecht des Arztes) gebrauch zumachen.

Weiter können medizinische Auflagen in Bezug auf die Kontrolle bzw. Behandlung einer körperlichen oder Problematik, letztlich aber auch nur hinsichtlich Tragen einer Sehhilfe empfohlen werden.

Ein erster Bericht des behandelnden Psychiaters ist nach 6 Monaten einzureichen. Bei positivem Verlauf wird dann dieses Intervall auf 1 Jahr verlängert.

5.4 Aktuelle Richtlinien

Gemäß aktuell gültigen und anerkannten Richtlinien [21] ist zum sicheren jederzeit situationsadäquaten Führen eines Fahrzeuges ein komplexes Zusammenspiel von psychischen Funktionen und Fähigkeiten erforderlich. Als grundsätzliche Voraussetzungen werden folgende Punkte angeführt:

- realitätsgerechte Wahrnehmung
- Informationsverarbeitung und –bewertung
- Reaktionsvermögen
- Situationsadäquate Verhaltenssteuerung

Da diese Punkte nun aber gleichzeitig ein Teil der zur Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis notwendigen Kriterien darstellen ergibt sich, dass die Fahreignung in akuten Stadien solcher Erkrankungen grundsätzlich nicht gegeben ist [9,19,20].

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Verlaufsformen von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der immer weiterentwickelten Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere im Bereich der Psychopharmakotherapie, wurden die notwendigen Voraussetzungen zur positiven Beurteilung festgelegt.

In der aktuell gültigen Praxis kommt der Verlaufsbeurteilung eine spezielle Bedeutung zu. Erst bei einer nachgewiesenen Symptommfreiheit von 12 oder zumindest 6 Monaten und unter, ebenfalls nachgewiesener, ärztlicher Behandlung mit entsprechender Pharmakotherapie sollte die Fahreignung positiv beurteilt werden [21]. In Zweifelsfällen werden zusätzliche Testverfahren empfohlen.

Für den weiteren Verlauf, bei positiver Beurteilung, werden entsprechende Kontrollen in zunehmenden zeitlichen Abständen als notwendig erachtet.

Diese Kontrollen erfolgen im Wesentlichen durch entsprechende Berichte der behandelnden Ärzte und nur in besonderen Situationen oder Unklarheiten durch erneute verkehrsmedizinische Untersuchungen.

6 Material und Methoden

Es wurden sämtliche Fälle der Jahre 2002 bis 2006 aufgearbeitet, welche im Rahmen einer zur Diskussion stehenden psychischen Problematik hinsichtlich ihrer Fahreignung im Institut für Rechtsmedizin, Abteilung für Verkehrsmedizin und klinische Forensik begutachtet wurden.

Die Untersuchungen wurden vornehmlich im Auftrag der zuständigen Administrativbehörde des Kantons Zürich durchgeführt. Zusätzlich erfolgen auch Aufträge durch angrenzende Kantone Solothurn, Zug, Glarus, Schaffhausen, Schwyz, Obwalden und Nidwalden.

Vom Gesamtkollektiv der am Institut untersuchten Probanden mit psychischen Störungen wurden nur die Fälle in der Stichprobe berücksichtigt bei welchen keine zusätzliche Alkohol oder Drogenproblematik im Vorfeld der Untersuchung bekannt war.

Folgende Daten wurden erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Diagnose gemäß ICD 10
- Form der aktuellen Behandlung- *stationär/ambulant/keine*
- Medikation- *Ja/Nein*
- Auffälligkeit im Straßenverkehr- *Nein/Ja, in letzten 12 Monaten/ Ja, vor mehr als 12 Monaten*
- Alkoholkonsum- *Kein/Normal/Überkonsum*
- Drogenkonsum- *Kein/THC/Opiate/Cocain/Amphetamin*
- Verkehrspsychologische Untersuchung- *Ja/Nein*
- Procedere- *Zulassung ohne Auflagen/Zulassung mit Auflagen/Ablehnung für mindestens 6 Monate/Ablehnung für mindestens 12 Monate*
- Stichworte und Kommentare

Die Erfassung und Aufarbeitung der Daten erfolgte mittels den Computerprogrammen File-Maker Pro und Excel. Grundlage bildete sowohl das Archiv der Originalakten als auch die elektronische Datenbank des Instituts.

Im Vorfeld jeder verkehrsmedizinischen Untersuchung werden die Probanden schriftlich über die mögliche Aufarbeitung ihre Daten zu Forschungszwecken informiert.

Probanden welche dies Verweigerten sollten in der Arbeit nicht berücksichtigt werden – es gab aber keine die vom so genannten Forschungsveto gebrauch machten.

7 Ergebnisse

7.1 Stichprobe

In den Jahren 2002 bis 2006 wurden im Institut für Rechtsmedizin Zürich, Abteilung für Verkehrsmedizin und klinische Forensik insgesamt 8189 Fahreignungsbegutachtungen im Auftrag der Administrativbehörden durchgeführt. Grundlage für die Anordnung einer Fahreignungsabklärung bilden dabei entsprechende polizeiliche Rapporte bei Vorfällen im Straßenverkehr, behördliche Meldungen mit dem Verdachtsmoment auf eingeschränkte Fahreignung ohne entsprechende Vorfälle sowie ärztliche Drittmeldungen an die Administrativbehörde.

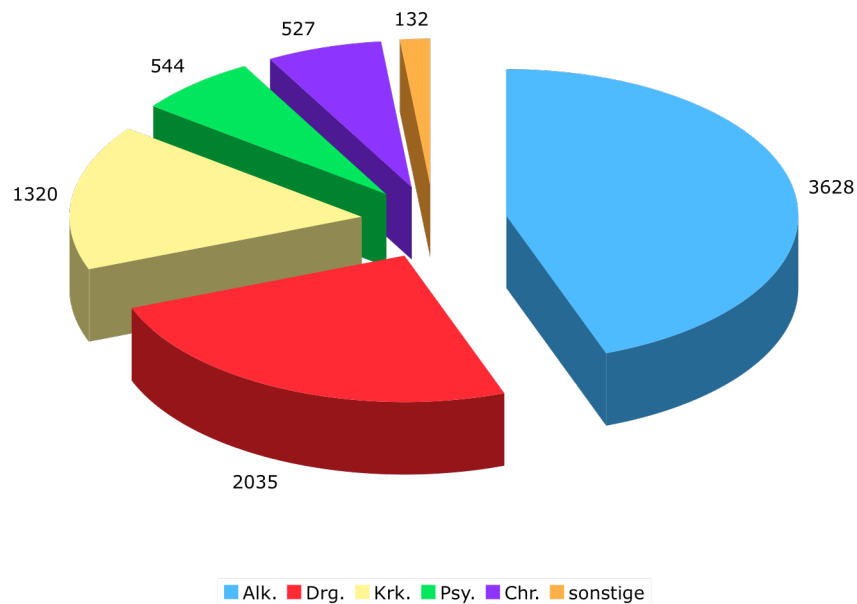
Die einzelnen Fälle werden entsprechend der zu Grunde liegenden Problematik in verschiedenen Hauptgruppen eingeteilt:

- Alkohol (*Alk.*)
- Drogen (*Drg.*)
- Körperliche Erkrankungen (*Krk.*)
- Psychische Störungen (*Psy.*)
- Charakterliche Probleme ohne psychische Störung (*Chr.*)

Wenn mehrere Problembereiche involviert sind (z.B. Alkohol und Epilepsie) erfolgt eine Gewichtung nach der schwerwiegenderen Problematik gemäß Aktenlage.

In den Jahren 2002 bis 2006 erfolgten 3628 (44,3%) Begutachtungen unter der Hauptgruppe Alkohol, 2035 (24,8%) im Bereich Drogen, 1320 (16,1%) aufgrund körperlicher Erkrankungen, 544 (6,6%) wegen psychischer Störungen sowie 527 (6,4%) im Hinblick auf eine charakterliche Problematik.

Aufteilung der Gutachten nach Hauptgruppen



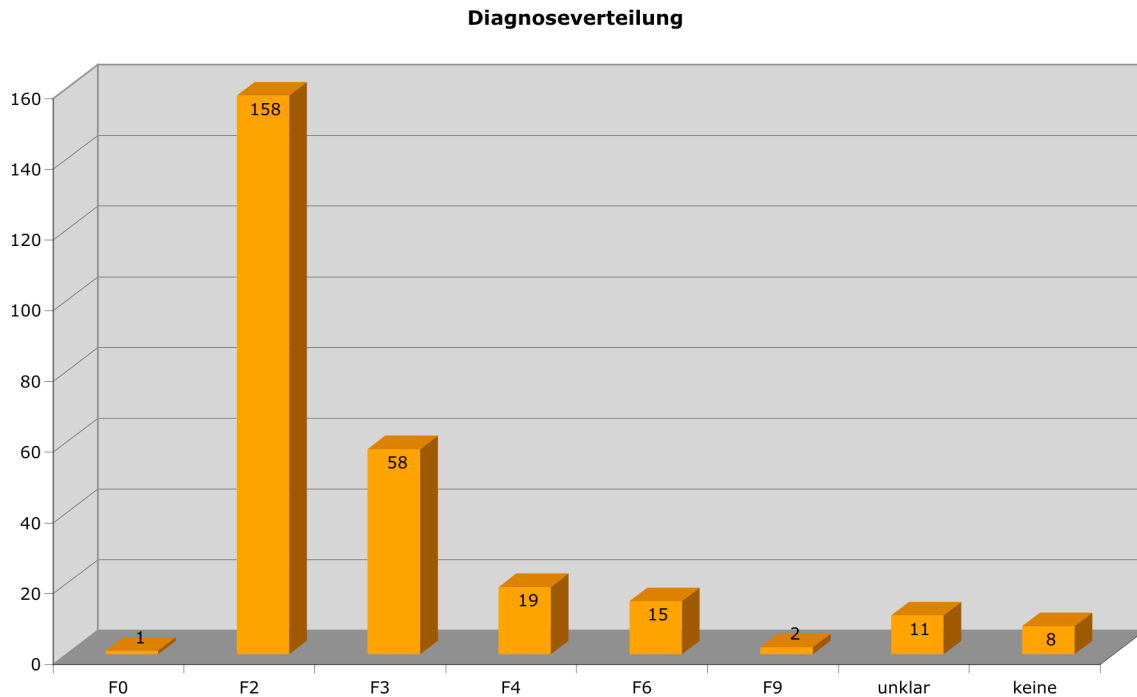
Die genauere Analyse der 544 Fälle aus dem Bereich der psychischen Störungen ergab, dass bei 237 Fällen (43,5%) eine zusätzliche verkehrsrelevante Problematik bestand, was zum Ausschluss aus der Stichprobe führte.

Unter den nun übrig gebliebenen 307 Fällen fanden sich weitere 34 nicht verwertbare Fälle. Die Gründe für diesen Dropout gliedern sich auf in nicht durchgeführte Untersuchung (ohne Angabe von Gründen) sowie eine falsche Einordnung in die Hauptgruppe der psychischen Störung.

Somit blieben 273 Fälle entsprechend der im Vorfeld festgelegten Kriterien übrig.

Unter diesen 273 Fällen stellt die Gruppe der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) mit 158 (57,9%) die größte Gruppe. Weiter folgen die Gruppe der affektiven Störungen (F3) mit 58 (21,2%), die Gruppe der neurotischen Störungen (F4) mit 19 (7%) sowie die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (F6) mit 15 (5,5%).

Die restliche Fallzahl verteilt sich auf verschiedene Gruppen (siehe Graphik).



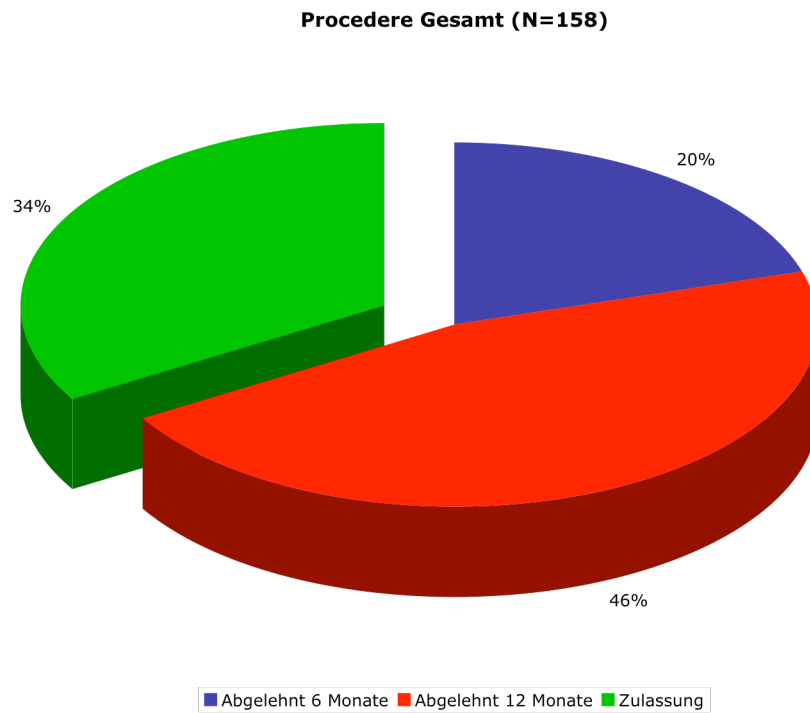
Somit finden sich in der Gesamtpopulation von 8189 Begutachtungen in den Jahren 2002 bis 2006 insgesamt 158 Fälle mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis ohne dass eine zusätzliche und maßgebliche verkehrsrelevante Problematik vorliegt.

Diese 158 Fälle bildeten somit die Stichprobe für die weiterführende Untersuchung und wurden im Hinblick auf die Beurteilungspraxis unter Berücksichtigung der aktuellen Richtlinien analysiert.

7.2 Angeordnetes Procedere insgesamt

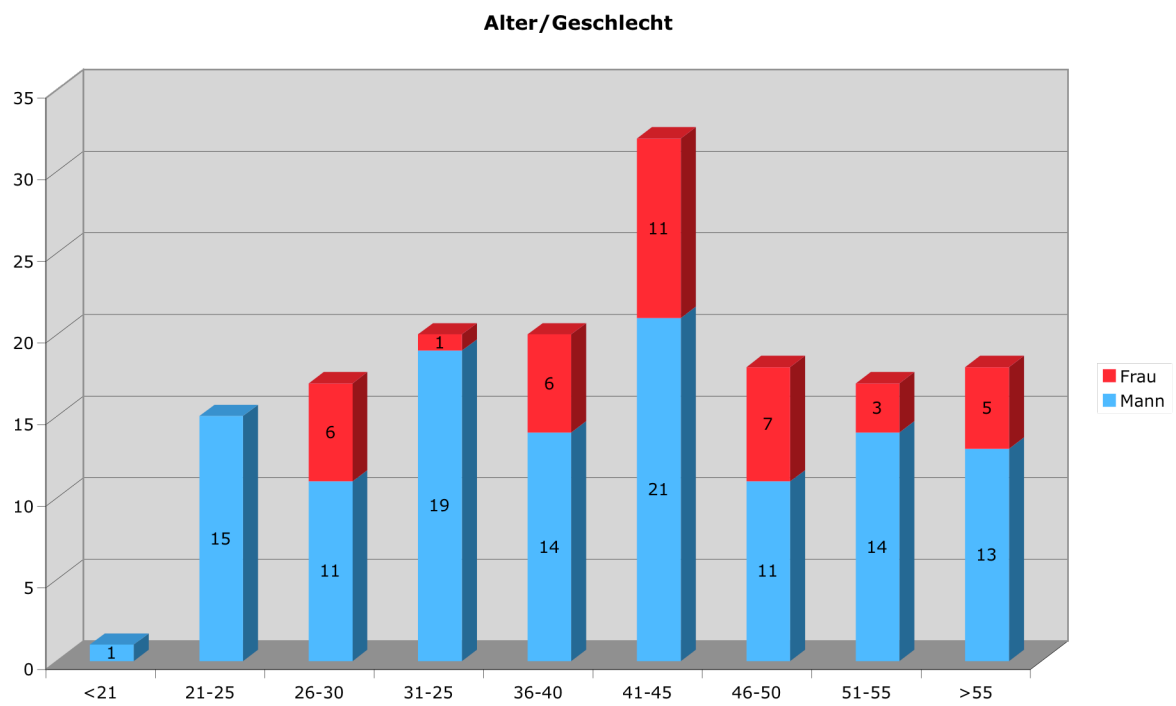
Bei den untersuchten 158 Personen wurde in 53 (34%) Fällen ein positives Gesamturteil gestellt und die Fahreignung mit Auflagen befürwortet.

In 32 (20%) Fällen wurde die Fahreignung für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten abgelehnt. Bei den restlichen 73 (46%) Fällen wurde die Fahreignung für einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgelehnt.



7.3 Alter und Geschlecht

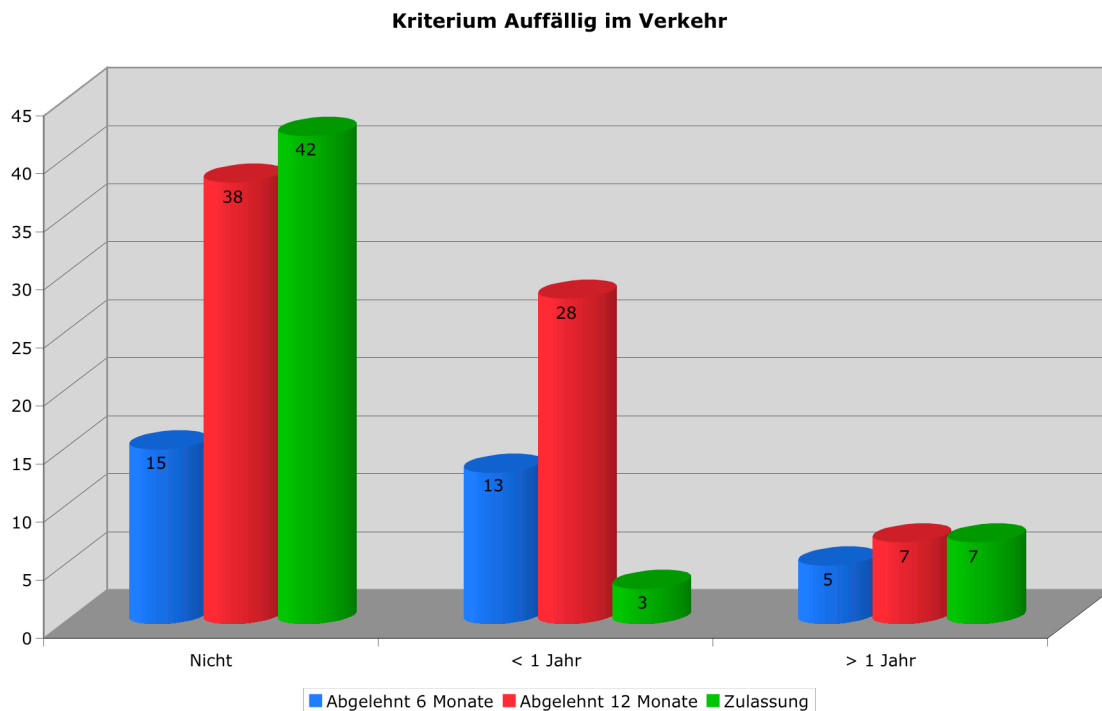
Die in der Stichprobe zu begutachtenden Personen waren zwischen 20 und 81 Jahre alt, es handelte sich um 119 Männer (75,3 %) und 39 Frauen (24,6 %). Im Altersbereich von 21 bis 30 Jahre fanden sich 33 Personen, im Bereich zwischen 31 und 50 Jahre fanden sich 90 Personen und im Altersbereich von über 50 Jahre fanden sich insgesamt 35 Personen.



7.4 Zuweisungsgründe

7.4.1 Auffälligkeit im Straßenverkehr

In der Gruppe der 158 untersuchten Fälle fanden sich insgesamt 63 Personen (40 %) bei denen eine, mit ihrer psychischen Erkrankung im Zusammenhang stehende, Auffälligkeit im Straßenverkehr ursächlich für die Anordnung der verkehrsmedizinischen Begutachtung war.



Bei 44 dieser 63 Personen hatte die Auffälligkeit im Straßenverkehr vor weniger als 1 Jahr stattgefunden. In der Beurteilung ergab sich, dass bei 41 der Fälle (93%) die Fahreignung negativ beurteilt wurde.

Bei lediglich 3 Fällen wurde die Fahreignung positiv beurteilt. Es stellte sich heraus, dass bei diesen 3 Fällen auf zusätzliche Untersuchungen, insbesondere auf eine verkehrspsychologische Leistungstestung verzichtet wurde. Die Gründe welche dennoch zu der positiven Beurteilung der Fahreignung führten lassen sich nicht mehr hinreichend evaluieren.

Bei 19 dieser 63 Personen lag die Auffälligkeit im Straßenverkehr mehr als 1 Jahr zurück. In der Beurteilung ergab sich, dass bei 12 dieser Fälle (68,4%) die Fahreignung negativ beurteilt wurde. In 7 Fällen wurde die Fahreignung positiv beurteilt. Es stellte sich heraus, dass bei diesen 7 Fällen die Auffälligkeiten im Straßenverkehr bereits vor längerer Zeit (3-6 Jahre) erfolgt war und sämtliche weiteren Kriterien positiv waren.

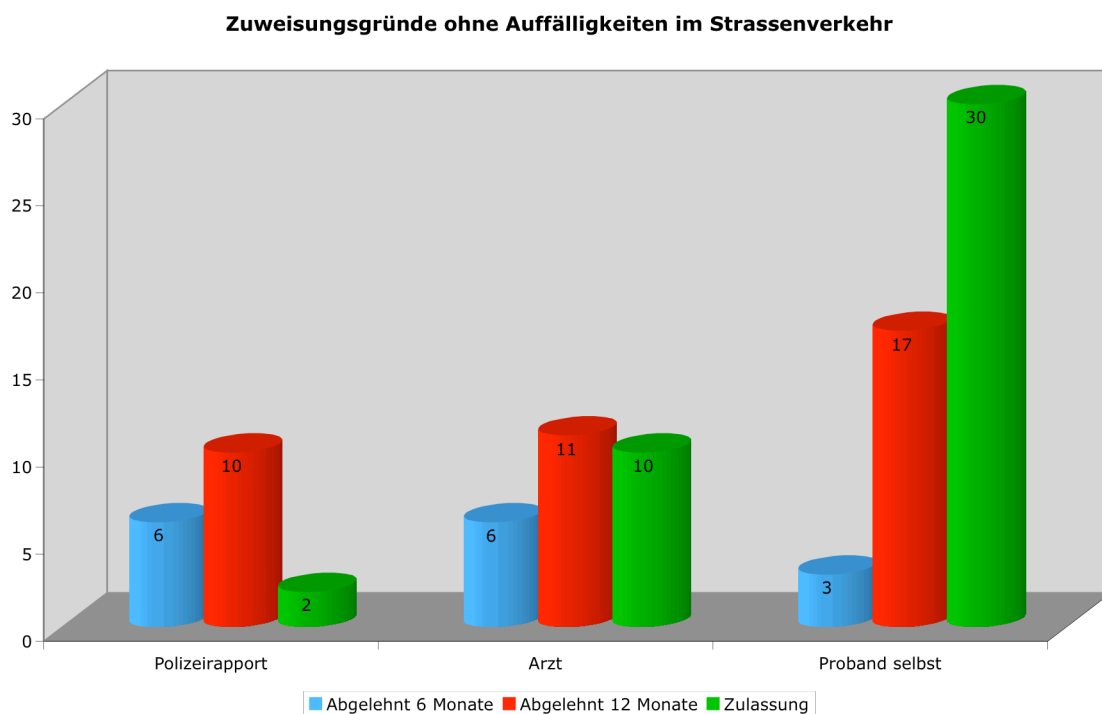
7.4.2 Andere Zuweisungsgründe

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 95 Fälle bei denen die Zuweisung nicht im Zusammenhang mit einer Auffälligkeit im Straßenverkehr stand.

Hier stellte die Gruppe von Probanden welche auf eigenen Antrag verkehrsmedizinisch begutachtet wurden die Mehrheit (53%) dar. Es handelt sich dabei um Bewerber für einen Führerausweis oder um Probanden die bereits in der Vergangenheit untersucht und abgelehnt wurden. Bei 60% dieser Personen konnte die Fahreignung positiv beurteilt werden. In der Gruppe der abgelehnten 40% fanden sich ausschließlich Probanden bei denen die Erkrankung nicht oder nur ungenügend behandelt wurde bzw. keine Krankheitseinsicht vorlag.

Den zweithäufigsten Zuweisungsgrund (28%) machen ärztliche Meldungen aus. In der Beurteilung dieser Fälle wurde in 63 % die Fahreignung als nicht gegeben erachtet.

Die restlichen Zuweisungen zur Begutachtung erfolgten aufgrund von Polizeiberichten welche nicht im direkten Zusammenhang mit dem Straßenverkehr standen. Auffällig zeigt sich hierbei, dass in fast sämtlichen dieser Fälle (89%) die Fahreignung als nicht gegeben beurteilt wurde.



7.5 Kriterium Drogenkonsum

Im Rahmen der Begutachtung ergab sich bei 8 Probanden ein Drogenkonsum. Es handelte sich dabei in 7 Fällen um einen nachgewiesenen THC-Konsum und in einem Fall um Cocainkonsum.

Bei sämtlichen 8 Fällen erfolgte eine negative Beurteilung der Fahreignung. Die Dauer der Ablehnung teilte sich gleichmäßig in 4 Fälle für 6 Monate und 4 Fälle für 12 Monate auf.

7.6 Kriterium Alkoholkonsum

Im Rahmen der Begutachtung konnte in 6 Fällen ein Alkoholüberkonsum nachgewiesen werden. Bei sämtlichen 6 Fällen erfolgte eine negative Beurteilung der Fahreignung. In 3 Fällen wurde die Dauer der Ablehnung auf 6 Monate festgelegt in den anderen 3 Fällen auf 12 Monate.

7.7 Kriterium Behandlungsform

Von den begutachteten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung insgesamt 12 (7,6%) in stationärer psychiatrischer Behandlung. Bei allen diesen 12 Personen wurde die Fahreignung insgesamt negativ beurteilt.

Bei 113 (71,5%) Personen bestand zum Zeitpunkt der Begutachtung eine ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung. Bei diesen ergab sich ein Verhältnis von 50 positiven und 63 negativen Beurteilungen der Fahreignung.

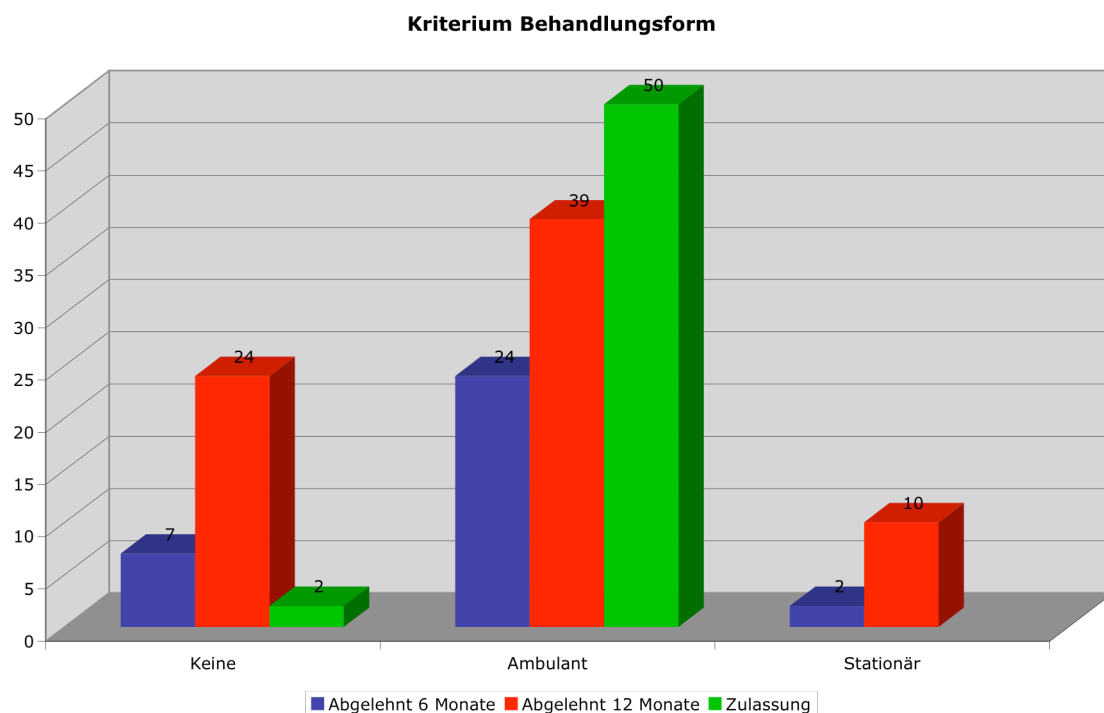
Bei 33 (20,9%) bestand zum Zeitpunkt der Begutachtung weder eine stationäre noch ambulante Behandlung. Mit Ausnahme von 2 Personen wurde bei allen die Fahreignung negativ beurteilt.

Diese 2 Personen stellen eine Besonderheit in dieser Stichprobe dar:

Es handelt sich um 2 Personen welche über mehrere Jahre in betrügerischer Absicht erfolgreich eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis simuliert hatten um auf diesem Wege Führsorgeleistungen (Invalidenrente) zu beziehen.

Die Fahreignung war ihnen aufgrund der entsprechenden Fachärztlichen Zeugnisse aberkannt worden. Nachdem der Betrug durch die Strafverfolgungsbehörden aufgedeckt wurde stellten die beiden Personen einen Antrag auf eine Neubeurteilung ihrer Fahreignung und wurden verkehrsmedizinisch untersucht.

Diese beiden Fälle wurden in der Stichprobe belassen, da bei ihnen sämtliche Untersuchungen, einschließlich verkehrspsychologischer Leistungstestung, durchgeführt wurden und sie somit eine, ungeplante, Kontrollgruppe bilden.



7.8 Verkehrspsychologische Zusatzuntersuchung

Die verkehrspsychologische Abklärung der kognitiven Fahreignung erfolgt nicht am selben Termin wie die verkehrsmedizinische Untersuchung.

Zur verkehrspsychologischen Abklärung werden die Exploranden schriftlich circa 14 Tage im Voraus aufgeboten. Die Untersuchung stützt sich auf ein exploratives Interview und eine

standardisierte Testbatterie. Verwendet wird der Leistungstest ART 2020² welcher die „geistigen Voraussetzungen“ der kognitiven Fahreignung abbildet.

Es werden dabei Reaktionsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Orientierungsfähigkeit, Belastbarkeit, Fähigkeit zur Teilung der Aufmerksamkeit und Stresstoleranz erfasst. In Validierungsstudien [25] konnten signifikante Zusammenhänge zwischen den Testergebnissen und der Verkehrsbewährung in einer rund einstündigen Fahrprobe belegt werden.

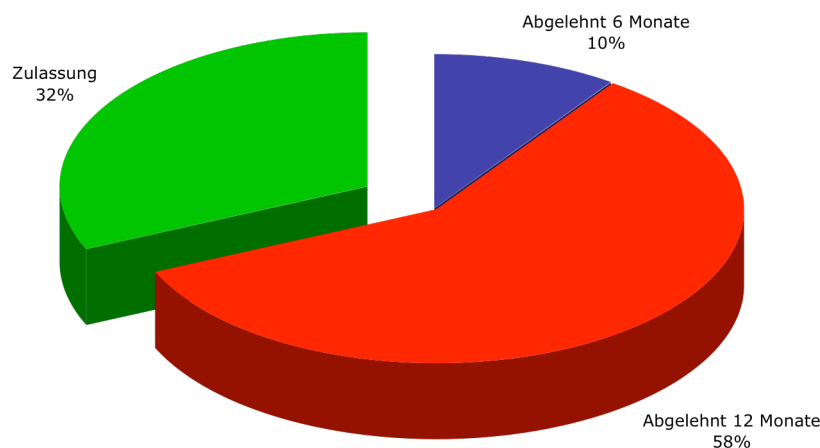
Bei der untersuchten Stichprobe wurde bei insgesamt 42 (26,6%) Fällen eine ergänzende verkehrspsychologische Untersuchung durchgeführt.

Bei 13 (32%) dieser 42 Personen erbrachte die Untersuchung ein ausreichendes Ergebnis und hatte jeweils eine positive Gesamtbeurteilung des Falles zur Folge.

In dieser Gruppe waren, neben den 2 bereits erwähnten *Kontrollfällen (IV-Betrüger)*, ausschließlich Personen welche in ambulanter Behandlung mit Medikation standen.

Bei 28 (68%) dieser 42 Personen ergaben sich in der verkehrspsychologische Untersuchung kognitive Defizite welche eine negative Gesamtbeurteilung zur Folge hatten.

Procedere nach Verkehrspsychologie Gesamt (n=41)



Unter diesen 42 Personen waren 6 welche keine Behandlung hatten und 5 Personen welche von den behandelnden Ärzten als Non-compliant eingeschätzt wurden.

Bei den übrig bleibenden 31 Personen bestand eine ambulante Behandlung ohne dass sich im Rahmen der verkehrsmedizinischen Untersuchung oder seitens der behandelnden Ärzte Auffälligkeiten ergaben. Auch die eingehende Durchsicht der Originalakten konnte keinen Aufschluss ergeben warum diese Personen einer zusätzlichen verkehrspsychologischen Untersuchung zugeführt wurden.

Es ergibt sich vielmehr, dass die Anordnung einer solchen Untersuchung von der subjektiven Einschätzung des Untersuchers abhängig war.

Selbige Problematik trat beim Versuch auf, die Gründe warum Exploranden bei gleichen Ausgangskriterien (ambulante Behandlung, Symptombefreiheit, Compliance, kein Drogenkon-

² Act und React Testsystem

sum, kein Alkoholüberkonsum) nicht einer zusätzlichen verkehrspsychologischen Untersuchung zugeführt wurden, festzustellen.

8 Diskussion

Gemäß den rechtlichen Grundlagen, die im Straßenverkehrsgesetz (SVG) festgehalten sind, darf kein Lernfahr- oder Führerausweis ausgestellt werden, wenn der Bewerber nicht über eine ausreichende geistige Leistungsfähigkeit verfügt, die zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen ausreicht. Aus selbigem Grund kann ein bestehender Lernfahr- oder Führerausweis entzogen werden.

Ein Ausweis kann wieder erteilt werden wenn die betroffene Person die Behebung des Mangels nachweist, welcher die Fahreignung ausgeschlossen hat.

Ziel dieser Arbeit war es, die bestehenden Standards zur Fahreignungsbegutachtung bei Exploranden mit psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu überprüfen und gegebenenfalls Anpassungen zu definieren.

Die Fahreignungsbegutachtung von Exploranden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt einige grundsätzliche Probleme auf welche sich bereits aus dem Charakter und Merkmalen einer solchen psychischen Störung ergeben.

Im Gegensatz zu Alkohol- oder Drogenproblematiken kann die gesetzlich geforderte *Behebung des Mangels* nicht durch eine Verhaltensänderung (Abstinenz) erreicht werden.

Eine solche *Behebung des Mangels* besteht vielmehr in dem Versuch durch verschiedene therapeutische Maßnahmen die akute Symptomatik abzustellen und das Risiko des Auftretens von möglichen und nicht immer zu vermeidenden Rezidiven zu minimieren.

Zu diesem Zweck ist eine aktive Beteiligung seitens des Erkrankten erforderlich. Leider ergeben sich gerade durch die, notwendige und sinnvolle, langfristige Einnahme von Medikamenten unangenehme Folgen in Form von Nebenwirkungen [15,17] welche die Behandlungsbereitschaft negativ beeinflussen.

In den Jahren 2002 bis 2006 wurden am Institut für Rechtsmedizin Zürich, Abteilung für Verkehrsmedizin und Klinische Forensik, insgesamt 8189 Fahreignungsabklärungen im Auftrag der Administrativbehörden durchgeführt. In 544 Fällen führte das Vorliegen einer psychischen Störung zur Abklärung. Bei 273 dieser lag keine zusätzliche relevante Problematik vor. Davon war in 158 Fällen eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formen im Vorfeld bekannt bzw. diagnostiziert worden. Bei diesen 158 Personen handelt es sich um die in dieser Arbeit untersuchte Stichprobe.

Insgesamt konnte dabei in 105 (62%) der untersuchten Fälle die Fahreignung nicht befürwortet werden. Im Vergleich zu allen im Zeitraum von 2002 bis 2006 durchgeführten Untersuchungen liegt dieser Wert deutlich über dem allgemeinen durchschnitt von 52% negativen Begutachtungsergebnissen.

Dieser hohe Prozentsatz an negativen Beurteilungen zeigt die Notwendigkeit der verkehrsmedizinischen Abklärung auf und bestätigt gleichzeitig die Anordnungspraxis der Auftraggebenden Administrativbehörden.

Bei den begutachteten Personen handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl von 75% um Männer. Dies Wert widerspiegelt damit das gesamte in der Abteilung für Verkehrsmedizin

und Klinische Forensik untersuchte Probandenkollektiv, auch hierbei überwiegen die Männer mit einem Anteil von 82% eindeutig.

Die Altersverteilung die bekannte Altersverteilung beim Auftreten von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wieder. Ein Grossteil der untersuchten stammt aus dem Altersbereich zwischen 31 und 50 Jahren.

Von großer Bedeutung im Hinblick auf die Notwendigkeit von Fahreignungsabklärungen muss der Zusammenhang zwischen Erwerb des Führerausweises und Auftreten von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gesehen werden. In den allermeisten Fällen tritt die Erkrankung erst Jahre nach dem Erhalt des Führerausweises auf. Somit stellt die negative Beurteilung der Fahreignung eine immense Einschränkung von bisher gewohnten Verhaltensweisen dar. Zusätzlich hat eine solche Einschränkung häufig negative Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit. Neben der Belastung durch die Erkrankung, kommt zusätzlich ein Verlust des Führerausweises dazu.

Andererseits wurde aus den Berichten der behandelnden ambulanten Stellen deutlich, dass die Möglichkeit einer positiven Beurteilung der Fahreignung als zusätzliches motivierendes Element zur Förderung der Behandlungsbereitschaft und Sicherung der Behandlungskontinuität eingesetzt werden kann.

Bezüglich der Zuweisungsgründe zur Fahreignungsabklärung lag in 44 Fällen eine Auffälligkeit im Straßenverkehr in einem Zeitraum von weniger als einem Jahr vor Untersuchungszeitpunkt vor. In weiteren 19 Fällen lag eine solche Auffälligkeit im Straßenverkehr bereits mehr als 1 Jahr zurück.

Es kann festgestellt werden, dass das Kriterium – Auffälligkeit im Straßenverkehr – nicht als eindeutiges und sicheres Kriterium zur Beurteilung der Fahreignung bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis identifiziert werden kann.

Ein, wenn auch geringer, Teil der positiv beurteilten Personen hatten Auffälligkeiten im Straßenverkehr in der Vorgeschichte. Ebenfalls lässt eine zeitliche Unterteilung dieser Vorgeschichte kein eindeutiges Bild erkennen. Sowohl Personen mit einer nur kurz zurückliegenden (<1 Jahr) Auffälligkeit als auch Personen mit weiter zurückliegenden (>1 Jahr) Auffälligkeit wurden negativ und auch positiv beurteilt.

Bei insgesamt 95 Fällen ergab sich aus der Vorgeschichte keine Auffälligkeit im Straßenverkehr. Die Zuweisungsgründe gliedern sich dabei in drei Gruppen auf.

Am häufigsten (50 Fälle) erfolgte die Untersuchung auf Betreiben des Probanden selbst. Es zeigte sich bei diesen Fällen eine deutliche Dichtomisierung in den Beurteilungsergebnissen. Entweder handelte es sich um gut vorbereitete Exploranden welche positiv beurteilt wurden oder um solche bei denen keine Krankheitseinsicht und Behandlung gegeben war, welche deshalb sämtlich negativ beurteilt wurden.

Ärztliche Drittmeldungen gingen in 27 Fällen der Begutachtung voraus. Im Ergebnis dieser Fälle zeigt sich ein gemischtes Verhältnis von positiven und negativen Beurteilungen. Es macht deutlich, dass Ärzte Sinnvollerweise auch in nicht eindeutigen Fällen von der Möglichkeit zur Drittmeldung gebrauch machen um für sich selbst und ihre Patienten Sicherheit in Fragen der Fahreignung zu erhalten.

Den dritten und kleinsten Anteil (18 Fälle) machten entsprechende Polizeirapporte aus. Im Ergebnis zeigt sich, dass hierbei in fast sämtlichen Fällen eine negative Beurteilung erfolgte und somit die Zuweisungspraxis der Polizei sehr sinnvoll ist.

Als eindeutige und sichere Kriterien konnten hingegen ein nachgewiesener Alkoholüberkonsum und/oder Drogenkonsum identifiziert werden. In allen Fällen erfolgte eine negative Beurteilung der Fahreignung. Dies deckt sich zum einen mit den allgemeinen Kriterien zur Fahreignungsbeurteilung welche in solchen Fällen, auch ohne zusätzliche psychische Störung, ohnehin eine negative Beurteilung zur Folge hätten, zum anderen mit den Richtlinien zur Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Gemäß den bisherigen Empfehlungen zur Fahreignungsbeurteilung [21] ist die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen bei akuten schizophrenen Erkrankungen nicht gegeben. Diese Vorgehensweise spiegelte sich in den Untersuchungsergebnissen wieder. In allen Fällen bei denen eine akute Symptomatik im Rahmen der Begutachtung festgestellt wurde erfolgte eine negative Beurteilung der Fahreignung. Es zeigte sich aber, dass in einigen Fällen dennoch eine zusätzliche Leistungstestung durchgeführt wurde. Dies führte in keinem der Fälle zu einer Veränderung im Begutachtungsergebnis, verursachte aber zusätzliche Kosten und Belastungen für den Exploranden, verzögerte den Abschluss der Begutachtung und beanspruchte Ressourcen.

Ebenfalls sollten aus diesen Gründen Begutachtungen von Exploranden welche sich im Zeitraum der Begutachtung noch in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden grundsätzlich vermieden werden.

Hier zeigt sich somit eine Möglichkeit zur Verbesserung in der konsequenteren Anwendung der bisher gültigen und sinnvollen Richtlinien.

Für das weitere Procedere in solchen Fällen ist ebenfalls eine Vorgehensweise angegeben.

Aufgrund der unterschiedlichen Verlaufsformen wird eine *ausreichende* Symptomfreiheit gefordert. Als dafür notwendiger Zeitraum wird bisher - *in der Regel mindestens 1 Jahr* – gefordert. Die nicht eindeutige Formulierung deutet an, dass die Dauer dieses Intervalls nicht mit wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet werden kann. Es wird deshalb richtigerweise darauf hingewiesen, dass der Verlauf *sehr unterschiedlich* ist.

Diese Vorgehensweise verursachte wiederholt Differenzen zwischen Gutachter einerseits und Probanden, ambulant behandelnden Ärzten und Angehörigen andererseits. Es zeigte sich in der Auswertung der entsprechenden Originalakten, dass in solch gelagerten Fällen dann meist auf diplomatische Zwischenlösungen zurückgegriffen wurde.

Im Hinblick auf eine zu fordernde und auch zu erwartende Gutachtensgerechtigkeit muss diese Vorgehensweise als verbesserungswürdig eingestuft werden. Der Ausgang einer Begutachtung sollte nicht von der Stärke etwaiger Interventionen abhängig sein.

Unter Berücksichtigung aller weiteren angepassten Richtlinien scheint vertretbar die notwendige Symptomfreiheit auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten festzulegen. Diese Symptomfreiheit muss aber zwingend ärztlich bestätigt werden, auf gleichem Wege könnten die immer wieder vorkommenden Versuche von Exploranden, durch Wechsel des behandelnden Arztes auffällige Symptomaten oder Rezidive zu verheimlichen, unterbunden werden.

Die geforderte ärztlich bestätigte Symptomfreiheit schließt direkt an ein weiteres grundlegendes Kriterium in der Fahreignungsbegutachtung an. Eine gesicherte ambulante Behandlung ist notwendig und stellt eine Grundvoraussetzung dar. Bei sämtlichen Exploranden welche über keine Behandlung verfügten, erfolgte, mit Ausnahme der beiden Sonderfälle (*I.V.-Betrug*), eine negative Beurteilung der Fahreignung.

Gleichzeitig wird aber deutlich, dass eine ambulante Behandlung bestimmte Merkmale erfüllen muss, da bei mehr als der Hälfte dieser Fälle dennoch eine negative Beurteilung erfolgte. Hierfür sind verschiedene Gründe verantwortlich, auf welche zum Teil erst später eingegangen wird. Es zeigt sich aber, dass eine ambulante Behandlung nicht *nur* vorhanden sein muss

sondern dass diese auch die notwendige Compliance³ seitens des Patienten aufweist. Diese Compliance stellt die wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer Therapie dar [27] und nur eine erfolgreiche Therapie kann letztendlich zur einer positiven Beurteilung der Fahreignung führen.

Gemäß verschiedener Übersichtsarbeiten [27] liegt die Compliance-Rate bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwischen 50 bis 60%. Anhand dieser Zahlen lässt sich sicher ein Teil der Fälle erklären welche trotz ambulanter Behandlung eine auffällige Symptomatik in der Fahreignungsabklärung zeigten.

Die Compliance beinhaltet auch die sinnvolle Behandlungskontinuität bei einem Arzt. Auf diese Weise können Erkrankungsverläufe und Therapieanpassungen erfasst werden. Dies wirkt zusätzlich der oben bereits erwähnten Problematik des vom Patienten forcierten Therapeutenwechsels entgegen.

Die Medikation spielt in der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [9,14,15,16,17,27] eine zentrale Rolle und ist somit ein wesentlicher Inhalt der geforderten Compliance. Nur bei einem sehr geringem Anteil (8%) der positiv beurteilten Probanden bestand keine Medikation. In diesen Fällen lag, gemäß den behandelnden Psychiatern, eine vollständige und längerfristige Remission nach dem Absetzen der zuvor bestehenden Medikation vor. In allen anderen Fällen ohne Medikation erfolgte eine negative Beurteilung der Fahreignung. Aus diesem Grund sollte im Rahmen der Labordiagnostik von der Möglichkeit Medikamentenspiegel bestimmen zulassen vermehrt Gebrauch gemacht werden.

Die möglichen Kostenargumente können durch einen Vergleich mit den wesentlich kostspieligeren Spezialanalytischen Verfahren bei Drogenproblematiken entkräftet werden, dennoch scheint eine routinemäßige Spiegelbestimmung (noch) nicht angebracht, vielmehr drängt sich eine solche bei unklaren Fällen auf.

Auch über die eigentliche Fahreignungsbegutachtung hinaus zeigt sich die Notwendigkeit einer gesicherten Compliance im Behandlungsverlauf, denn nur bei einem nachweislich *complianten* Patienten davon ausgegangen werden, dass die notwendigen Auflagen, bei einer positiven Fahreignungsbeurteilung, eingehalten und überprüft werden.

Kognitive Defizite bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind bekannt und stellen letztendlich einen Teil der zur Diagnose notwendigen Kriterien dar. Sie betreffen die Bereiche der Aufmerksamkeit und Konzentration, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen wie Problemlösen, Planen und Organisationsvermögen. Gemäß einer umfangreichen Metaanalyse mit mehr als 3000 Patienten [26] weisen Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis signifikante Gedächtnisstörungen auf, welche unabhängig vom Alter der Patienten, Dauer der Erkrankung, Schwere der Psychopathologie oder Medikation sind.

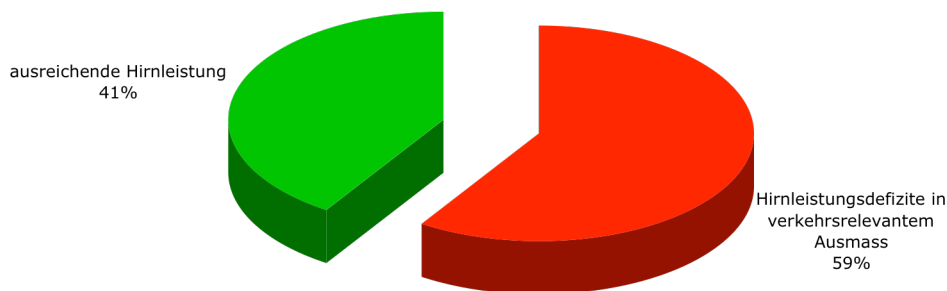
Daraus ergibt sich, dass sowohl Personen mit akuter schizophrener Symptomatik als auch Personen welche in erfolgreicher, langfristiger ambulanter Behandlung stehen fahreignungsrelevante kognitive Defizite ausweisen können.

Diese Hypothese konnte anhand der Untersuchungsergebnisse bestätigt werden. In der verkehrspsychologischen Leistungstestung zeigte sich bei allen untersuchten Personen mit akuter Symptomatik bzw. ohne entsprechende Behandlung ein auffälliger Befund (kognitive Defizite in verkehrsrelevantem Ausmaß) welcher letztendlich zur Ablehnung der Fahreignung führte.

³ Compliance ist ein Maß zur Behandlungsgüte und beschreibt, inwieweit die faktische Therapie mit einem Therapieoptimum, zum Beispiel einer Medikationenverordnung übereinstimmt, ob ein Patient die Medikation wie verordnet einnimmt oder an anderen Therapiemaßnahmen regelmäßig teilnimmt.

Aber auch bei Personen welche eine längerfristige (mehrmonatige) Symptomfreiheit bei gesicherter und nachgewiesener ambulanter Behandlung mit entsprechender Medikation, also eine insgesamt hohe Compliance, zeigten sich in der Leistungstestung kognitive Defizite in verkehrsrelevantem Ausmaß. Diese traten in 59% der Fälle auf, bei denen trotz der erwähnten „günstigen“ Eingangskriterien eine verkehrspsychologische Leistungstestung durchgeführt wurde.

Ergebnis der Leistungstestung bei "günstigen" Eingangskriterien



Dieses Ergebnis zeigt deutliche Mängel in der bisherigen Begutachtungspraxis auf. Es lassen sich keine Gründe finden warum ein Explorand mit „günstigen“ Eingangskriterien der zusätzlichen Leistungstestung zugeführt wurde und bei einem anderen trotz selbiger „günstigen“ Voraussetzungen die Fahreignung positiv, ohne eine solche zusätzliche Leistungstestung, beurteilt wurde. Die Entscheidung obliegt bisher dem subjektiven Eindruck des Untersuchers. Dies steht in deutlichen Widerspruch zu den festgestellten Untersuchungsergebnissen und dem wissenschaftlich nachgewiesenen [26] Umstand das Hirnleistungsdefizite bei jeder Behandlungsform und jedem Krankheitsverlauf auftreten.

Im Hinblick auf die Beurteilung der Fahreignung ist aber ein nachvollziehbares und möglichst sicheres Untersuchungsergebnis, unabhängig vom Untersucher, zu fordern. Die Möglichkeit von falsch-positiven Fahreignungsbegutachtungen sollte, soweit als möglich, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln, ausgeschlossen werden.

9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Eine sinnvolle Anpassung der bisherigen Begutachtungspraxis bzw. deren Richtlinien zur Beurteilung der Fahreignung von Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist ohne den Einsatz von zusätzlichen Methoden möglich und lässt sich problemlos in den bisherigen Begutachtungsablauf eingliedern. Dies würde zu einer deutlichen Verbesserung im Hinblick auf Sicherheit im Straßenverkehr, Gutachtensgerechtigkeit und -qualität führen.

Wesentliche Inhalte der bisherigen Begutachtungspraxis bzw. deren Richtlinien konnten als sinnvoll und notwendig bestätigt werden. Diese bilden die neu definierten *Basiskriterien* zur Beurteilung der Fahreignung welche zu erfüllen sind um anschließend der zwingend notwendigen kognitiven Leistungstestung zugeführt zu werden.

Diese Basiskriterien setzen sich aus drei Bereichen zusammen:

1. Nachgewiesene mindestens 6-monatige Symptommfreiheit
2. Gesicherte Behandlung mit ärztlich bestätigter Compliance (Therapie/Medikation)
3. Ausschluss von Drogenkonsum und Alkoholüberkonsum über einen Zeitraum von mindesten 6 Monaten.

Sollte eines dieser Basiskriterien nicht erfüllt werden erübrigt sich die Notwendigkeit zur kognitiven Leistungstestung. In solchen Fällen sollte eine Neubeurteilung erst erfolgen wenn die entsprechenden Basiskriterien hinlänglich erfüllt sind.

Sind hingegen alle Basiskriterien erfüllt, erfolgt dann in jedem dieser Fälle die kognitive Leistungstestung und entsprechend des Ergebnis die Gesamtbeurteilung.

Falls sich bei der kognitiven Testung der Hirnleistung verkehrsrelevante Mängel zeigen zieht dies die negative Gesamtbeurteilung nach sich. In solchen Fällen sollte die Empfehlung zum weiteren Procedere ins besondere die Einschätzung der untersuchenden Verkehrspsychologen berücksichtigen.

Auch für den Exploranden und andere beteiligte Personen wie Ärzte oder Angehörige ist ein solches Vorgehen von Vorteil. Bereits im Vorfeld kann abgesehen werden welche Voraussetzungen Sinnvollerweise erfüllt werden müssen um unnötige Begutachtungen zu verhindern. Ebenfalls ist es möglich das Behandlungskonzept entsprechend anzupassen um diese Voraussetzung zu erreichen. Da die geforderten Basiskriterien im Wesentlichen dem Inhalt der aktuell gültigen Richtlinien zur Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entsprechen, können diese somit auch zur Motivationssteigerung auf Seite des Patienten führen. Die positive Beurteilung der Fahreignung wäre in solchen Fällen als ein, aus verhaltenstherapeutischer Sicht, Wegfall einer negativen Verstärkung (C minus durchgestrichen) zu interpretieren, welche nachgewiesenermaßen zu einer langfristig stabilen Verhaltensanpassung führt.

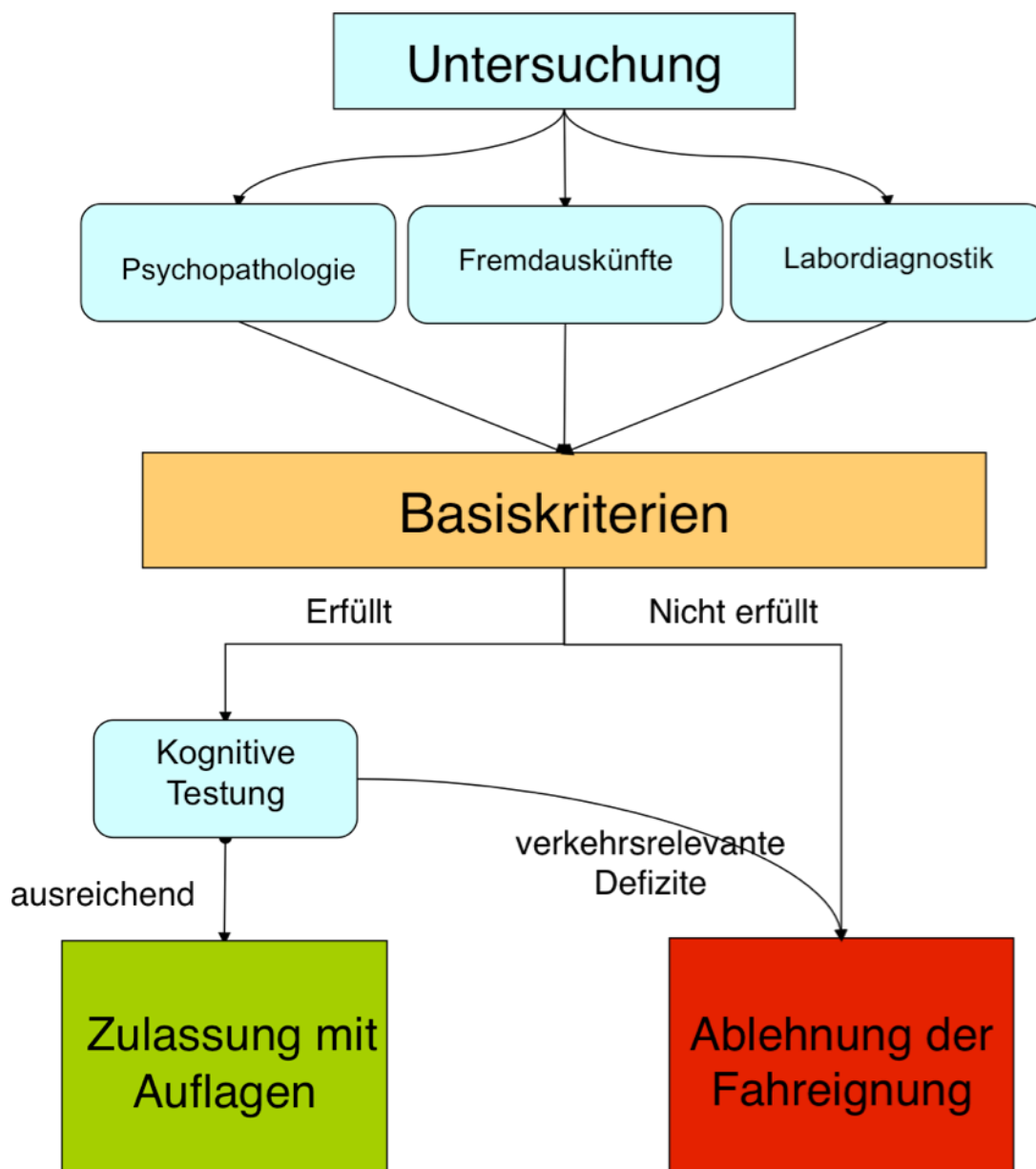
Ein weiter Vorteil ergibt sich im Sinne einer vereinfachten Qualitätssicherung für die durchführende Abteilung und anordnenden Behörden. In Zukunft könnten sämtliche Fälle einfacher miteinander verglichen werden um eventuelle Mängel und notwendige Anpassungen aufzuzeigen. Eine regelmäßige Evaluation im Rhythmus von 5 Jahren ist hierbei anzustreben um

die bestehenden Richtlinien an eventuelle Veränderungen (Gesetze, Behandlungsmöglichkeiten) anzupassen.

Vorteile der angepassten Richtlinien:

- Klare und übertragbare Kriterien
- Einheitlicher Ablauf der Begutachtung
- Vermeidung von unnötigen Untersuchungen
- Erhöhte Beweiskraft des Gesamtergebnis
- Reduktion von falsch positiven Beurteilungen
- Vereinfachte Evaluationsmöglichkeiten zur Qualitätssicherung

Graphische Darstellung des Algorithmus zur verkehrsmedizinischen Beurteilung bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis:



10 Ausblick

Im Rahmen dieser Arbeit wurde deutlich, dass es auch bei gesicherter und fachgerechter Behandlung einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu verkehrsrelevanten Problematiken kommen kann. Gemäß derzeitiger Rechtslage besteht für behandelnde Ärzte und Kliniken die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen, Patienten zu melden (Melderecht) um diese einer entsprechenden Beurteilung zuzuführen. Eine generelle Pflicht zur Überprüfung der Fahreignung besteht hingegen nicht.

Es drängt sich somit die Frage auf ob, in diesem Procedere nicht eine grundsätzliche Veränderung zur Steigerung der allgemeinen Verkehrssicherheit angebracht ist.

Eine generelle Überprüfung der Fahreignung von Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellt natürlich keine absolute Sicherheit dar, dennoch könnte sicher eine Verbesserung erreicht werden.

Ebenso könnte eine Entlastung der behandelnden Stellen erfolgen, da diese sich mit den komplexen medizinischen und rechtlichen Fragestellungen der Fahreignung teilweise überfordert fühlen. Da in der Behandlung solcher Erkrankungen dem Arzt-Patient Verhältnis eine nachweislich übergeordnete Bedeutung einräumt werden muss, könnte eine Abkoppelung des Thema Melderecht die sich daraus ergebenden Friktionen verhindern.

Wenn jeder Patient mit einer solchen Erkrankung, der im Besitz ein Führerausweis ist, regelmäßig zumindest einmalig einer solchen Fahreignungsabklärung zugeführt würde könnte sich keiner dieser von *seinem* Arzt ungerecht behandelt fühlen.

Für den behandelnden Arzt/Klinik ergebe sich dadurch zusätzlich eine Entlastung bei eventuellen Haftungsfragen.

Auch eine Änderung der bisherigen Auflagepraxis ist im Hinblick auf die Kontrolle der Compliance im Bereich der Medikation wäre vorstellbar und mit vorhandener Infrastruktur umsetzbar.

So wäre es denkbar ein regelmäßiges Drug-Monitoring durch Haaranalysen durchzuführen. Mit Hilfe dieser Spezialanalytik könnte, im Gegensatz zur Blutspiegelbestimmung, die längerfristige Medikamentencompliance überprüft werden. Auch hier könnte der behandelnde Arzt von der unangenehmen und Beziehungsstörenden Rolle des *Kontrolleurs* befreit werden sowie die Patienten zu einer hohen Compliance motiviert werden.

11 Literaturverzeichnis

1. Hinkelman K. Positive und Negative Syndrom Scale (PANSS), Syndromale Struktur und klinische Korrelate UKE Hamburg 2002
2. Deister A. Schizophrenie und verwandte Psychosen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1998
3. Madea B. Verkehrsmedizin, Fahreignung, Fahrsicherheit, Unfallrekonstruktion. Deutscher Ärzte-Verlag 2007
4. Straßenverkehrsgesetz (SVG) vom 19.12.1958 inkl. Änderung vom 14.12.2001
5. Verkehrsregelverordnung(VRV) vom 13.11.1962 inkl. Änderung vom 3.7.2002 und 28.4.2004
6. Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Straßenverkehr (VZV) 196 inkl. Aktuelle Änderungen

7. Expertengruppe Verkehrssicherheit. Verdachtsgründe fehlender Fahreignung, Maßnahmen, Wiederherstellung der Fahreignung. Leitfaden für Administrativ-, Justiz- und Polizeibehörden. Bundesamt für Strassen (Hrsg.) Bern 2000
8. Dilling H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis Huber Verlag 2006
9. Benkert O. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie Springer 2007
10. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde Hogrefe
11. Schubert W. Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Kommentar. Kirschbaum Verlag 2005
12. Bleuler E. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig 1911
13. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Thieme Verlag 1992
14. Ebert D. Psychiatrie systematisch. Uni-Med Verlag Bremen 2003
15. Möller H.-J. Psychiatrie & Psychotherapie. Springer Berlin 2005
16. Klosterkötter J. State of the Art Symposium: Therapieresistente Schizophrenie, besucht am 23.11.2007 DGPPN Berlin
17. Naber D. State of the Art Symposium: Schizophrenie – Pharmakotherapie besucht am 24.11.2007 DGPPN Berlin
18. Laux G. Woran erkennt man eine mangelnde Fahrtauglichkeit? Info Neurologie & Psychiatrie Ausgabe 05/2007
19. Rolf R. C. Kognitive Defizite in der Schizophrenie Zeitschrift Nervenheilkunde 24 2005
20. Spitzer M. A cognitive neuroscience view of schizophrenic thought disorder. Schizophrenia Bulletin 23 1997
21. Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung. Huber 2005
22. Laux G. Psychische Störungen und Fahrtauglichkeit. Nervenarzt 73 2002
23. Novak M. Compliance für atypische Antipsychotika bei ambulant behandelten Patienten mit Schizophrenie. Dissertation Universität Mannheim 2006
24. DGPPN(Hrsg.) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2005
25. Bukasa B. Zweite Fahrverhaltensvalidierung der ART 2020 Testverfahren. Kuratorium für Verkehrssicherheit. Wien 2003
26. Aleman A. Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis. American Journal Psychiatry 156 September 1999

12 Curriculum vitae

Persönliches

Name: Hans Hermann Schaumann
Geburtsdatum: 26. Juli 1970
Geburtsort: Neustadt am Rübenberge, Deutschland
Zivilstand: Ledig

Ausbildung

1976 – 1980 Grundschole Otternhagen
1980 – 1990 Orientierungsstufe und Gymnasium Neustadt mit Abschluss Abitur
1990 – 1993 Studium der Philosophie und Geschichte an der Universität Hannover
1994 – 1997 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
1997 – 2000 Studium der Humanmedizin an der Universität Marburg
2000 – 2001 Praktisches Jahr im Klinikum Kassel in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie mit Abschluss Staatsexamen

Berufliche Tätigkeit

2001 – 2002 Ludwig-Noll Krankenhaus Kassel
2002 – 2003 Privat-Nervenklinik Dr. Fontheim Liebenburg
2003 – 2006 Psychiatrie Zentrum Hard Embrach, Schweiz
2006 – Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, Abteilung für Verkehrsmedizin & Klinische Forensik